P·zegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 września 1883. № 37. Rok XXII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

IX.

Śmierć z oparzenia czy z uduszenia?

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

W nocy z 5go na 6ty grudnia umarła nagle we wsi X. gospodyni Maryja S.; wieczorem była jeszcze zupełnie zdrową a nazajutrz nad ranem zastano ją bez życia leżącą na piecu w izbie swojéj; prócz trupa nikogo niebyło w mieszkaniu, albowiem mąż denatki Fedko S. pracował dniem i nocą w gorzelni dworskiéj, około 400 kroków od chałupy odległéj. Gdy Fedkowi dano znać o śmierci żony, powrócił do domu i wyraził zdanie swoje, że Maryja musiała zaczadzić się lub sparzyć na piecu. Tymczasem sprawdzono, że sam dniem wprzódy nie kazał palić i że nawet nie było czém palić. Śmierć zaskoczyła Maryję w stanie brzemiennym a żyła ona z mężem swoim dopiero od kilku miesięcy i to w niezgodzie, ponieważ ostatni ubolewał, że żona nie wniosła mu większego posagu nad małą kwotę, ktorą w służbie zaoszczędziła była. Od razu téż opinija we wsi posądziła Fedka o zamordowanie żony; posądzony wypierał się wszelkiéj winy, dowodząc, że onéj nocy wcale z gorzelni nie wychodził. Tymczasem świadek zeznał, że Fedka spotkał nad ranem, gdy jeszcze było ciemno, wychodzącego z gorzelni w kierunku ku domowi, a niedługo potém inny świadek przejeżdżający koło chałupy Fedka słyszał krzyk gwałtowny. Świadkowie, którzy pierwsi weszli d. 6 grudnia zrana do izby, podali, że dotykając się trupa przekonali się, iż suknie na nim były jeszcze wilgotne.

S e k c y j a sądowa, odbyta d. 8 grudnia przez Dra A. i chirurga B., wykazała co następuje:

I. O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: 1) Zwłoki kobiety młodéj, 20 i kilka lat liczącéj, wzrostu średniego, dobréj budowy ciała, miernego odżywienia. 2) Skóra na przednich częściach blada, na bocznych i tylnych pokryta plamami pośmiertnemi. Wzdłuż przebiegu żył, zwłaszcza na odnogach górnych, s i n e s m u g i. Brzuch wysklepiony, zwłaszcza dolna połowa tegoż. Skóra brzucha fijoletowo zabarwiona. 3) Twarz pokryta zeschłą krwią, po obmyciu któréj okazują się następujące oznaki: Na czole poniżéj guza czołowego prawego znajduje się miejsce wielkości 20-centówki ugniecione, sino-niebiesko zabarwione, przy dotyku pergaminowato twarde. Skóra w tém miejscu ponad wysokością przesuwalna. Skóra przecięta w tém miejscu okazuje podbiegnięcie krwi w tkance skórnéj i w tkance podskórnéj. 4) Na zewnątrz obok poprzedniego sińca znajduje się takiż sam siniec wielkości grochu. 5) Po nad łukiem brwiowym prawym znajduje się ranka powierzchowna, pokryta zaschłą krwią, ranka ta biegnie ukośnie od zewnątrz i góry ku wewnątrz i dołowi, $1\frac{1}{2}$cm. długa a $\frac{1}{2}$cm. szeroka, skóra naciśnięta w tém miejscu, okazuje podbiegnięcie krwi w tkance podskórnéj. 6) Powieka górna prawa lekko obrzękła; w okolicy kąta zewnętrznego oka prawego znajduje się siniec podługowaty wielkości fasoli, barwy sino-czerwonéj, skóra w okolicy sińca i tkanka podskórna zawierają drobne wybroczyny krwi. 7) Nos przypłaszczony, grzbiet nosa oraz cała lewa strona sino zabarwiona. Na grzbiecie nosa blisko końca tegoż znajduje się rana powierzchowna wielkości soczewicy, pokryta zeschłym przyskórkiem. Na skrzydle nosowém lewém znajduje się takaż sama ranka. Skóra nacięta w kilku miejscach na nosie okazuje się podbiegnięta krwią. 8) Wargi lekko obrzękłe, błona śluzowa tychże ciemno-sino zabarwiona, dziąsła również sine. Zęby zaciśnięte, koniec języka oraz część prawego brzegu ściśnięta między zębami. 9) Na prawéj stronie klatki piersiowéj w linii sutkowéj i w okolicy 6go i 7go żebra znajduje się siniec wielkości reńskiego srebrnego, nieregularny, blado-sino-czerwono zabarwiony. Skóra pod sińcem podbiegnięta krwią. 10) W okolicy wyrostka kończystego kości łokciowéj lewéj, znajduje się siniec wielkości fasoli, pokryty pergaminowato twardym

przyskórkiem. W samym środku zewnętrznéj strony stawu nadgarstkowego znajduje się takiż sam siniec. Skóra w okolicy obu tych sińców jest krwią podbiegnięta. 11) Palce obu odnóg górnych są zgięte, zwłaszcza w stawach 2gim i 3cim z trudnością dadzą się sprostować, podczas gdy w innych stawach odnóg górnych stężenia nie ma. 12) Przodkowa oraz zewnętrzna strona uda i podudzia prawego żywo czerwono zabarwione, na jednéj stronie uda począwszy od pachwiny aż do kolana jest przyskórek pomarszczony i z łatwością całemi płatami daje się zdjąć, w środkowéj zaś części skóra uda jest przyskórka pozbawioną i pergaminowato twardą. Zewnętrzna i przodkowa strona podudzia prawego pokryta przyskórkiem pomarszczonym z łatwością dającym się zdjąć, po odjęciu którego okazuje się skóra żywo czerwono zabarwiona. 13) Zewnętrzna połowa grzbietu stopy pokryta pomarszczonym przyskórkiem, dającym się zdjąć płatami a skóra w tém miejscu jest żywo czerwono zabarwioną. 14) Przodkowa i wewnętrzna powierzchnia uda lewego, okolica kolana oraz przodkowa i wewnętrzna powierzchnia podudzia lewego są żywo czerwono zabarwione, w środkowéj części uda znajduje się pęcherz wielkości połowy dłoni, zawierający jasny płyn surowiczy; przyskórek na całéj powierzchni zaczerwienionéj pomarszczony z łatwością daje się ściągnąć, skóra pod przyskórkiem żywo czerwono zabarwiona. 15) W środkowéj części podudzia lewego na przodkowéj stronie znajduje się rana powierzchowna podłużna 3cm. długa, $\frac{1}{2}$cm. szeroka, po odjęciu któréj pokazuje się powierzchnia utrata skóry, tkanka podskórna w téj okolicy krwią podbiegła. 16) Stopy w stawie skokowym ku wewnątrz silnie zgięte z trudnością dają się wyprostować, sztywności w stawach biodrowych nie ma, a w stawach kolanowych jest tylko mała sztywność. 17) Okolica otworu stolcowego kałem miazgowatym zawalana; oba pośladki również grubą warstwą kału pokryte.

II. Oględziny wewnętrzne. 18) Kości czaszki grube zbite, nieuszkodzone. W miejscach odpowiadających sińcom opisanym pod 1, 3, 4 i 5 nie ma ani na okostnéj, ani na kości żadnych zmian. 19) Opony silnie przekrwione, naczynia ich silnie krwią przepełnione, mózg na przekroju okazuje liczne punkty krwawe, istota rdzeniowa od korowéj dokładnie odgraniczona. Komórki mózgowe prawidłowe, naczynia komórek silnie przekrwione. 20) Po odsłonięciu z części miękkich klatki piersiowéj okazuje się okolica 7go żebra, 7go przetworu międzyżebrowego i 8go żebra silnie krwią podbiegnięta w rozległości małéj dłoni. Podbiegnięcie to rozciąga się na tkankę łączną podskórną i sięga aż do okostnéj żeber. 21) Po otwarciu klatki piersiowéj przedstawiają się płuca wypełniające klatkę piersiową. Powierzchnia płuc gładka, pod opłucną znajdują się liczne plamki ciemno-wiśniowéj barwy od wielkości maku do wielkości soczewicy. Płuca na przekroju wydzielają ciecz pienistą w miernéj ilości. 22) W worku osierdziowym znajduje się do 20 gramów cieczy surowiczéj jasnéj. Miąższ serca wiotki, kruchy, w komórkach obu i w przedsionkach znajduje się znaczna ilość krwi gęstéj, ciemnéj na pół skrzepłéj. 23) Wątroba duża, torebka gładka, miąższ wątroby kruchy, łatwo rozdzierający się, połyskujący, żółto-brunatno zabarwiony, zraziki niewyraźne. 24) Śledziona mała, torebka pomarszczona, miąższ śledziony szaro-brunatno zabarwiony, nadzwyczaj kruchy. 25) Żołądek wiotki zawiera mierną ilość miazgi pokarmowéj złożonéj przeważnie z kartofli pieczonych z łupinami. Zapcha wyskoku dość wyraźnie czuć się daje. Błona śluzowa żołądka miejscami zwłaszcza w dnie drzewkowato nastrzyknięta. 26) Jelita gazami wzdęte. Błona śluzowa jelit cienkich, zwłaszcza w części środkowéj jelit, znacznie nastrzyknięta. 27) Macica wielkości głowy dziecka kilkuletniego zawiera w sobie płód płci żeńskiéj 33cm. długi połączony pępowiną z łożyskiem. 28) Obie nerki prawidłowéj wielkości, torebka z trudnością schodzi, powierzchnia nerek silnie drzewkowato nastrzyknięta, na przekroju istota korowa znacznie przekrwiona.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. znawcy wydali następujące orzeczenie:

Przyczyną śmierci denatki było oparzenie ukropem, za tém przemawiają zmiany zewnętrzne, opisane pod l. 12, 13, 14, 15, przekrwienie mózgu, nerek i jelit, kruchość serca, wątroby i śledziony, wreszcie krew na pół skrzepła w obu komórkach sercowych. Ponieważ znaki oparzenia tego stopnia, które się za życia jako zaczerwienienie skóry przedstawiają, po śmierci znikają po większéj części, przypuścić należy, że u denatki znacznie większa przestrzeń skóry uległa oparzeniu, aniżeli to przy sekcyi stwierdzono. W tym więc przypadku więcéj niż $\frac{1}{3}$ część całéj przestrzeni skóry została oparzoną, a oparzenia takie są prawie zawsze śmiertelnemi.

Śmierć po oparzeniu tak znacznéj przestrzeni skóry może nastąpić i w kilka godzin. Jeżeli Maryję S. widziano d. 5go wieczór gotującą a znaleziono ją d. 6go, więc między oparzeniem a śmiercią upłynęło kilkanaście godzin, a śmierć u Maryi S. tém prędzéj mogła nastąpić, gdyż nie miała żadnego ratunku, znajdowała się w izbie małéj, któréj temperatura była skutkiem palenia w piecu wysoką i leżała na piecu gorącym.

Znaki uszkodzenia opisane pod l. 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 10 są wszystkie lekkiemi i żadna z nich ani wszystkie razem wzięte nie były przyczyną śmierci, ani też nie przyspieszyły téjże. Czy uszkodzenia te zdziałane zostały przez drugą osobę, czy też powstały przez upadnięcie lub uderzenie się Maryi S. o jaki twardy przedmiot, tego orzec nie możemy. Ponieważ jednak w oparzeniach rozległych chorzy po pewnym czasie tracą przytomność, rzucają się, a wreszcie dostają drgawek, przeto możebném jest, że Maryja S. przy takiém rzucaniu się lub drgawkach tych uszkodzeń doznała. Czy Maryja S. sama na piec po oparzeniu wyszła, czy też przez drugą osobę wyniesioną została, tego również stanowczo orzec nie można. Wprawdzie Maryja S. wychodziła na piec, gdyż rana na udzie ma wejrzenie takie, jakby powstała przez otarcie o twardy przedmiot, a właśnie podczas wychodzenia na piec przez opieranie się nogą o krawędź pieca mogło nastąpić. Wreszcie znanym jest zwyczaj u ludu naszego, że chory kładzie się na piec.

Na dalsze zapytania sędziego śledczego, czy w danym razie mogła nastąpić śmierć Maryi S. wskutek zaczadzenia, daléj czyli znawcy wykluczają uduszenie, czyli jedyną i bezpośrednią przyczyną śmierci było oparzenie ukropem i czyli wreszcie takie oparzenie może wywołać w tak krótkim czasie śmierć? znawcy odpowiedzieli: Śmierć skutkiem zaczadzenia stanowczo wykluczyć możemy a to dla braku objawów pośmiertnych charakterystycznych. Śmierć skutkiem zadzierzgnięcia również z powodu braku znaków zewnętrznych wykluczyć można. Innego rodzaju uduszenia nie można stanowczo wykluczyć, za niém przemawiają bowiem po części znaki znalezione na nosie oraz na wargach, znaki te jednak mogły powstać i w ten sposób, że Maryja S. w ostatnich chwilach życia leżała twarzą do pieca a więc

znaki na nosie mogły powstać przez przygniecenie nosa do pieca ciężarem głowy a zasinienie warg można uważać jako opadowe powstałe po śmierci. Na ostatnie pytanie już odpowiedzieliśmy poprzednio.

Dla ważności przypadku Sąd zażądał opinii Wydziału Lek. przesyłając wszystkie akta śledcze; orzeczenie nasze opiewało w tym przypadku jak następuje:

1) Z protokołu sekcyjnego wynika, że bezpośrednią przyczyną śmierci Maryi S. był ostry obrzęk płucny.

2) Obrzęk ten, jak niemniéj wynaczynionki podopłucnowe, przekrwienie trzew, przepełnienie krwią serca, zaklinowanie języka, oraz brak zmian w inny sposób śmierć szybką osoby poprzednio zdrowéj tłumaczyć mogących, przemawiają zatém z największém podobieństwem do prawdy, że śmierć Maryi S. nastąpiła skutkiem uduszenia, które wywołane zostało przez osobę drugą, albo przez ucisk wywarty na klatkę piersiową, za czém przemawiać się zdaje siniec na klatce piersiowéj znaleziony, albo przez zatkanie ust i nosa, za czém znów przemawiają obrażenia na twarzy opisane.

3) Śmierć z uduszenia nie nastąpiła atoli bardzo prędko, albowiem przeciw temu przemawia właśnie wytworzenie się obrzęku płucnego i krew nieco skrzepła w sercu; a oblanie ukropem nastąpiło w każdym razie za życia, ale najprawdopodobniéj wtedy dopiero, gdy Maryja S. była już bezbronną lub nieprzytomną, skoro odzieży ukropem nasiąkłéj nie zrzuciła ze siebie.

4) Ostatnia okoliczność przemawia zarazem za tém, że i oparzenie ukropem nastąpiło przez osobę drugą, albowiem trudno przypuścić, aby Maryja S., gdy sama się była oparzyła, miała pozostać w odzieży wilgotnéj a gorącéj.

5) Oparzenie to jednak, na które pp. obducenci główny kładą nacisk, w istocie w danym przypadku podrzędną odgrywa rolę. Jakkolwiek bowiem przypuszczenie ich, że oprócz zmian znalezionych przy sekcyi mógł istnieć jeszcze rumień na większym obszarze, który ustąpił po śmierci, nie jest bezzasadném, to jednak niepodobna oprzeć zdania o obszarze oparzenia na tym przypuszczalnym tylko rumieniu; a zresztą, choćby i trzecia część powierzchni ciała była zajętą oparzeniem 1go i 2go stopnia, to i w takim razie nie nastąpiłaby jeszcze śmierć w parę zaledwie godzin, a że tak było, za tém przemawiają zeznania świadków i wilgotność odzieży na trupie.

6) Oparzenie więc mogło ostatecznie przyspieszyć śmierć, ale samo jéj nie wywołało. Najprawdopodobniéj miało ono służyć sprawcy śmierci Maryi S. na to, aby odwrócić uwagę od duszenia a upozorować przypadkową lub samobójczą śmierć z oparzenia.

7) Obrażenia na twarzy i klatce piersiowéj niewątpliwie powstały także za życia Maryi S. i najprawdopodobniéj pozostawały w związku z duszeniem; same przez się atoli są obrażeniami lekkiemi. Jeżeli jednak co do obrażeń twarzy nie można wykluczyć możności, że one powstały skutkiem upadnięcia, to siniec na klatce piersiowéj, połączony z obfitém wynaczynieniem krwi, przemawia za uderzeniem przez osobę drugą i to za pomocą narzędzia tępego, jak np. pięści lub kolana i dostarcza dowodu, że Maryja S. niewątpliwie gwałtu doznała.

Przypadek powyższy był istotnie trudnym do ocenienia i nie mamy za złe pp. obducentom, że popadli w błąd, łatwy do wytłumaczenia. Mieli oni niewątpliwie przed sobą śmierć gwałtowną, sądząc po nagłém zejściu osoby młodéj i po śladach obrażenia; wykluczywszy zaś słusznie śmierć z zaczadzenia wzięli za podstawę orzeczenia swego zmiany wywołane przez oparzenie, które niewątpliwie miało miejsce i to za pomocą płynu gorącego, jak tego dowodziła wilgotność odzieży na trupie. Jednak wilgotność ta właśnie przemawiała za tém, że oparzenie musiało nastąpić na kilka zaledwie godzin przed odkryciem trupa, co téż najzupełniéj licowało z czasem, o którym widziano Fedka wychodzącego z gorzelni i słyszano krzyk w chałupie; od tego czasu aż do chwili odkrycia trupa nieupłynęło więcéj niż 3—4 godzin. Tę okoliczność pp. obducenci spuścili z uwagi i przez to w błąd popadli. Już do tłumaczenia śmierci z oparzenia musieli uciec się do przypuszczenia, że rumień znaleziony przy oględzinach był zrazu rozleglejszym; jeżeli zaś przypuszczenie to było dozwolone, ponieważ jest zgodne z doświadczeniem, to jednak niewolno przypuszczenia uważać za pewnik, służyć mający jako uzasadnienie orzeczenia. Znów więc mamy wniosek mylny wysnuty z premisy możebnéj. Jeżeli zaś wniosek taki ostać się nie mógł, to nadto orzeczenie, że śmierć nastąpiła z oparzenia więcéj niż $1/3$ powierzchni skóry, utrzymać się nie dało i z powodu, że oparzenie takie, jakkolwiek rzeczywiście najczęściéj jest śmiertelném, przecież nie pociąga za sobą śmierci w przeciągu 3—4 godzin. Z tego więc powodu należało szukać przyczyny śmierci gdzieindziéj, a oparzeniu, którego ślady rzeczywiście przy sekcyi znaleziono, przyznać znaczenie podrzędne. Otóż oświadczyliśmy się za śmiercią z uduszenia, za którém w istocie wszystko przemawiało; jednak nie mogliśmy orzec stanowczo, ponieważ zmiany wewnętrzne, o uduszeniu świadczyć mające, nie są wybitnemi, a wtedy tylko uprawniają do orzeczenia stanowczego, jeżeli obok wykluczyć się dającéj wszelkiéj innéj przyczyny śmierci znajdujemy zmiany zewnętrzne charakterystyczne; tych jednak w naszym przypadku nie było, gdyż tak obrażenie twarzy jak siniec na klatce piersiowéj, jakkolwiek każde z nich odnieść można do duszenia, przez zatkanie ust i nosa lub ucisk wywarty na klatkę, nie były tak wybitnemi, aby stanowczo dowodziły gwałtu jednego lub drugiego. To téż poprzestać musieliśmy na wydaniu orzeczenia nie bezwzględnie pewnego i sądzimy, że i przypuszczenie nasze było uzasadnioném, że oblanie ukropem miało na celu upozorowanie śmierci przypadkowéj lub samobójczéj. Co do ukropu, którego w pomieszkaniu denatki nie było, wykazało śledztwo, że takowy mógł przynieść ze sobą obwiniony z gorzelni, gdzie wody wrzącéj zawsze w kotle było podostatkiem.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

X.

Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy według własnéj metody.

Napisał prof. Dr. J. Mikulicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Trzy opisane przypadki nie są wcale dostatecznemi do stwierdzenia użyteczności resekcyi osteoplastycznéj w ogóle, a w szczególności jako zabiegu operacyjnego w próchnieniu kości, przemawiają jednak stanowczo na korzyść téj operacyi, a to z kilku względów. Zdaniem mojém należy tutaj

uwzględnić trzy okoliczności, a mianowicie: 1) znaczenie tego zabiegu jako zranienia; 2) ważność jego jako środka ku wyleczeniu gruźlicy miejscowéj i 3) użyteczność odnogi operowanéj.

Zanim zastanowimy się nad ostatnią z wyliczonych, winniśmy pomówić o dwóch pierwszych okolicznościach i dowieść, że przypadki przytoczone przemawiają z tych dwóch względów stanowczo na korzyść resekcyi osteoplastycznéj. Wynik operacyi był w tych przypadkach tak co do przebiegu gojenia się rany, jak niemniéj co do wyleczenia miejscowéj gruźlicy zupełnie zadowalającym; w każdym z nich goiła się rana przez rychłozrost (w moich dwóch przypadkach pod dwoma opatrunkami); dopóki chorzy pozostawali pod obserwacyją (przez 9, $2^1/_2$ i 3 miesiące), nie odnowiła się sprawa gruźlicza w miejscu operowaném, jakkolwiek w moim pierwszym przypadku zmarła chora późniéj z gruźlicy płuc, w przypadku drugim była sprawa chorobowa tak rozległą, że nawet powierzchnie przepiłowanéj kości sześciennéj i czółenkowatéj należało wyskrobać. Zwracam szczególną uwagę na tę okoliczność, sądzę bowiem, że jakkolwiek ten zabieg operacyjny nazwałem resekcyją, jest on jako środek do leczenia miejscowéj gruźlicy więcéj zbliżonym do amputacyi z tego mianowicie względu, że się w największéj liczbie przypadków operuje w tkankach zdrowych i otrzymuje powierzchnie rany równe, zupełnie przydatne do zagojenia się przez rychłozrost; ze względu na dostępność pola operacyjnego i możność dokładnego zbadania miejsc schorzałych przewyższa ona inne resekcyje, może przeto być wykonywaną w takich przypadkach, w których zazwyczaj bezwarunkowo amputowano (np. w przypadkach gruźlicy płuc, złego stanu odżywienia lub podeszłego wieku). Zdarzy się zapewne, że w przypadkach, w których sprawa sięga np. wysoko w kości goleniowéj, wypadnie wykonać tę operacyję chociaż już podczas saméj operacyi lub późniéj okaże się, że zabieg ten nie osiągnął pożądanego skutku, gdyż sprawa na nowo się rozwinęła; ale tego rodzaju ujemny wynik zdarza się nam czasem po operacyi Pirogowa, którą wykonywamy w przypadkach zmian rozległych w nadziei, że przecież uda się nam ocalić choremu kikut przydatny do chodzenia. Sam byłem w tém położeniu w Czerwcu rb., że resekcyję osteoplastyczną już na ukończeniu musiałem przerwać i przystąpić do amputacyi podudzia. Operowałem właśnie kobietę w wieku podeszłym, cierpiącą na nader rozległe zniszczenie gruźlicze kości śródstopia, okolicy stawu skokowego i dolnéj części kości goleniowéj. Wypadało odjąć około 4 cm. z kości goleniowéj i strzałkowéj, granulacyje gruźlicze sięgały aż do ścięgien wyprostnych za pośrednictwem mostka łączącego, chcąc tedy usunąć wszystko aż do tkaniny zdrowéj, nie mogłem zapobiedz zranieniu tętnicy goleniowéj przodkowéj, przebiegającéj w pobliżu, gdy więc główna tętnica, odżywiająca przodkową część stopy, została uszkodzoną, nie miał dalszy ciąg operacyi żadnego celu.

Pod względem czynności i użyteczności odnogi operowanéj nie można wcale brać miary z przypadku pierwszego tutaj ogłoszonego. Chora mogła chodzić dobrze o kiju a z dnia na dzień zyskiwała na pewności w stąpaniu, dalszy postęp został jednak przerwany nagle w skutek zaostrzenia się dawnéj sprawy gruźliczéj w płucach obok ciąży. W drugim przypadku chodził operowany po $2^1/_2$ miesiącach tak dobrze i wygodnie przy pomocy przyrządu podtrzymującego, że chód jego można było zaledwie odróżnić od chodu człowieka zdrowego. Czy mógł późniéj chodzić równie dobrze bez przyrządu, o tém dowiedzieć się niemogłem. W przypadku Socina chodziła operowana po 3 miesiącach „bez bólu przy pomocy laski.“ I w tym przypadku wartałoby się dowiedzieć o dalszym postępie zdrowia u operowanéj.

Żadną miarą nie można na podstawie tych kilku przypadków orzekać ostatecznie o stanie czynności odnogi operowanéj według téj metody; to jednak jest już pewném, według mego zdania, że kikut po osteoplastycznéj resekcyi jest użyteczniejszym aniżeli po amputacyi po nad kostkami, dla tego téż muszę na razie ograniczyć wskazanie do téj operacyi, czy się ma do czynienia ze zranieniem, czy też z gruźlicą miejscową lub inném schorzeniem, — do tych przypadków, w których dawniéj jedynie amputacyja była wskazaną. Wcale nie zamierzam spierać się o równą wartość mojéj operacyi z operacyją Pirogowa, lub typową resekcyją większych kości śródstopia. W przypadkach, w których według doświadczenia zrobionego na setkach, przynoszą te zabiegi operacyjne korzyść niedającą się zaprzeczyć, oddaję im zawsze pierwszeństwo, chociażby nawet były wyniki resekcyi osteoplastycznéj równie dobre. Od doświadczeń dalszych na większy rozmiar zależeć będzie, czy się rozszerzy zakres wskazań do téj operacyi czyli też nie. Być bowiem może, że operowani tym sposobem zyskają z czasem na pewności w chodzeniu tak jak po operacyi Pirogowa, a możliwém jest również, że utrzymanie palców i stawów pomiędzy stopą a śródstopiem będzie sprzyjało powstaniu pewnéj gibkości i elastyczności w chodzeniu. W takim razie możnaby się śmiało spierać o pierwszeństwo resekcyi osteoplastycznéj przed operacyją Pirogowa i innemi resekcyjami stopy.

Nakoniec jeszcze kilka uwag ze względu na technikę samego zabiegu. Stanowi niewątpliwie ujemną stronę operacyi ta okoliczność, że odnoga operowana jest o 2—4cm. dłuższą od zdrowéj. Starałem się usunąć tę niedogodność odpiłowując większe kawałki z kości sześciennéj i czółenkowatéj, udawało mi się zmniejszyć to wydłużenie, usunąć go nie byłem w stanie. W przypadku ostatnim wynosiła różnica długości obu odnóg $1^1/_2$cm.; jest to różnica, którą można bardzo dokładnie wyrównać przez podniesienie obcasa odnogi zdrowéj, tak że to będzie zaledwie widocznem a nawet bez tego wyrównania mało wpływa to na chodzenie. Mam nadzieję, że uda się uniknąć wydłużenia odnogi. Nie używam szwów, aby spoić powierzchnie przeciętych kości. Po założeniu szwów płytkowych głębokich w sposób odpowiedni staje się szew kostny zbytecznym; dwa szwy płytkowe leżą ku tyłowi, dwa po bokach a dwa z przodu w okolicy kątów rany. Oprócz tego należy odnogę operowaną unieruchomić na szynie odpowiedniéj za pomocą opasek organtynowych; szynę należy przyłożyć do strony podeszwy, gdyż noga jest skłonną do zginania się ku podeszwie. Zmiany opatrunku unika się zazwyczaj, a po założeniu opatrunku uciskowego Neubera pozostaje odnoga aż do ukończenia gojenia w zupełnym spokoju. Noga musi się zgoić w prostém przedłużeniu kości goleniowéj a jestem przekonany, że okoliczność ta stanowi o użyteczności odnogi a nawet nieznaczne zboczenie zdolne jest upośledzić ostateczny wynik. Należy tedy poprawiać w ciągu pierwszych 4 do 6 tygodni przez stosowne opasanie, gdyby się jakieś zboczenie spostrzegło. Szczególną uwagę zwrócić nadto należy na odpowiednią porę, w któréj się wygina palce ku przodowi. Przedewszystkiém należy to uskutecznić najprzód podczas saméj operacyi; przecięte bowiem ścięgna zginaczy dozwalają zupełnego wygięcia bez

wszelkiego oporu. Jeżeli jednak zgięły się palce na nowo podczas gojenia się rany, wypada w tym razie, począwszy od 4go tygodnia, zwolna codziennie palce redresować; jeżeli zaś to postępowanie jest bolesném, to wystarcza zupełnie jednorazowe wygięcie palców podczas znieczulenia chloroformem, aby je raz na zawsze utrzymać w żądaném położeniu.

III. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Do zabiegów mogących wpłynąć korzystnie na rozstrzeń należy elektryzowanie prądem przerywanym, stosowanym jednym biegunem na stos pacierzowy, a drugim na powłoki brzuszne. Elektryzowanie ma swoje wskazanie szczególniéj przy usposobieniu hypochondryczném. Czy faradyzowanie wewnętrznych ścian żołądka przedstawia jakie korzyści praktyczne, na to pytanie, z powodu braku klinicznego doświadczenia, trudno jeszcze odpowiedzieć.

W podobnym celu polecano mięsienie ścian brzusznych, same lub połączone z nacieraniami drażniącemi jak olejkami lotnemi, do czego może służyć następująca mięszanina: *Rp. Spir. camph.*
Spir. sinap.
Tinct. nucis vom. āā 1·0
Glycerini (v. Ol. amygd. dulc.) 10·0
M. D. S. Do użytku zewnętrznego.

Hand znów poleca ucisk palcem na nerw błędny po lewéj stronie szyi.

Daléj bywają zachwalane natryski zimne tak zwane koliste na ściany brzuszne.

Również w użyciu są plastry według przypadku drażniące lub kojące przykładane na okolicę żołądka jak:

Rp. Picis albae 6·0	*Rp. Extr. opii aquos.* 9·0
Empl. simpl. 25·0	*Resin. Elemi* 2·0
Opii pulv. 1·0	*Cerae albae* 10·0
M. f. emplastrum.	*M. f. empl. leni calore.*
D. S. Plaster.	*D. S.* Plaster.

Przy wiotkich ścianach brzusznych w celu ich ustalenia i powiększenia punktów oparcia dla ruchu robaczkowego stosowne jest noszenie opaski przewiązanéj w ten sposób, aby przez silniejszy nacisk na okolicę żołądka wcisnąć ją nieco pod łuk żebrowy. Niektórzy lekarze za korzystne uważają zmaczanie końca opaski przylegającego bezpośrednio na skórę w rozczynie zgęszczonym soli kuchennéj.

W rozstrzeni żołądka miernego stopnia, jakotéż po stosowaniu leczenia wewnętrznego w okresie polepszenia z korzyścią stosuje się, jako dalszy ciąg terapii, leczenie zdrojowe dla silniejszych pacyjentów w Karlsbadzie, dla bardzo wyniszczonych w Kisyndze, niekiedy w zakładach wodoleczniczych, a nawet w miejscach klimatycznych w wysokich górach położonych, w których wielka i nagła zmiana atmosferyczna działa pobudzająco na wszystkie czynności ustroju.

Najważniejszym może momentem w leczeniu rozstrzeni żołądka jest dobór stosownych napojów i pokarmów, co w ogóle napotyka na bardzo wielkie trudności, i wyczerpuje nieraz cierpliwość tak pacyjenta jakotéż i lekarza. Pokarmy mają tu bowiem wielu warunkom zadość uczynić. W żołądku rozszerzonym wydziela się znaczna ilość płynu, treść się w nim zatrzymuje, ulega rozkładowi, następuje nieznośne odbijanie; ściany żołądka, będąc w stanie nieżytu, są często bolesne, chory nie ma łaknienia, a odżywienie podupada. Wszystkie te okoliczności należy przy podawaniu napojów i pokarmów uwzględnić. To téż lekarz powinien dokładnie znać zastosowanie się różnych pokarmów w żołądku, aby przez polecenie mylnéj dyjety stanu chorego nie pogorszyć.

Co się tyczy napojów, to pomimo znacznego pragnienia, nie można choremu dozwolić używania większych ilości piwa, mleka, kawy, herbaty, a nawet zwyczajnéj wody. Bartels wywołał kilkakrotne polepszenie rozstrzeni po stosowaniu żywienia według metody Schrotta. Ja uważałem, że chorzy z rozstrzenią żołądka znoszą z napojów jeszcze najlepiéj wodę sodową samą lub z winem węgierskiém miernie kwaśném, jakotéż polewkę winną. Co do pokarmów, to nieraz z powodu wstrętu do jadła trudno choremu racyjonalną dyjetę przepisać. Wykluczyć zawsze należy z rzędu pokarmów dozwolonych: owoce, cukry, większą część pokarmów skrobiowatych, tłuszcze, mięsa tłuste, jak wieprzowinę, baraninę, wędliny. Natomiast zostają do polecenia pieczenie: z drobiu, z cielęciny lub młodéj wołowiny, dziczyzny; szynka chuda, jaja miękkie i potrawy, w których przeważną część stanowią jaja. Dla odmiany poleca się choremu pieczenie ze sosami lub potrawki, przez co pragnienie się zmniejsza i omija się użycie zup. Chory spożywając jakiekolwiek mięso, nie powinien jeść kawałków skóry lub ich części ścięgnistych, jako w żołądku zupełnie nietrawionych, i tamże jako obce ciała zachowujących się. Rozpowszechniona jest obawa, nie zupełnie uzasadniona, przed tak zwanemi przyprawami korzennemi. Przeciwnie w rozstrzeni żołądka, jeżeli tylko treść nie jest zbyt kwaśną, a odbijań smaku kwaśnego nie ma, należy użyć przypraw podrażniających, które przyspieszają czynność trawienia, pobudzają łaknienie, a równocześnie działają przeciwgnilnie. Dla tego téż polecać trzeba choremu pieczeń dobrze przysmażaną, sosy zaprawiane, a nawet użycie musztardy może się okazać korzystném. Rozumie się samo przez się, że spożywanie pokarmów powinno się odbywać tylko w małéj ilości, natomiast kilka razy dziennie, najstosowniéj co trzy godziny, a w razie przepłukiwania żołądka zawsze po niém.

W przypadkach jednak, w których pokarmy w żołądku wcale przetrawiane (peptonizowane) nie bywają, poleca Leube *solutio carnis*, któryto przetwór otrzymuje przez gotowanie mięsa w kotłach zamkniętych z dodatkiem małéj ilości kw. solnego. Pożywka ta, któréj szczegółowy sposób przyrządzenia autor nie ogłosił, wyrabiana w Wiedniu i Berlinie, przedstawia gąszcz żółtawy, podobny do osadu tworzącego się w miodzie starym, smaku słonego i dość przyjemnego. Inni autorowie zachwalają użycie peptonów. Co do wartości tych ostatnich należy zauważyć następujące okoliczności: Peptony sąto ciała białkowate, które jeszcze łatwiéj ulegają gniciu, niż samo białko; ztąd téż jeżeli nie zostają w stanie świeżym użyte, nie tylko z powodu smaku i woni są dla spożywającego nieprzyjemne, ale nadto z powodu ciał rozkładowych dla ustroju szkodliwe; również trzeba pamiętać, że peptony, mając zastąpić spożywanie białka, nie są lekiem, lecz pokarmem, jak np. mięso; ztąd téż wynika, że peptony należy tylko w stanie świeżym i w dostatecznéj ilości, nie po jednéj lub dwie łyżki, jakto głoszą reklamy podawać. Jeżeli w handlu może już kilkanaście miesięcy na składzie leżące przetwory peptonowe ma lekarz stósować, to niech przynajmniéj każe je przegotować z dodatkiem dobrego rosołu lub wyciągu mięsnego Liebiga.

Jeżeli więc chory nie znosi pokarmów zwyczajnych a odżywienie coraz więcéj podupada, polecam peptony, lecz świeże, przyrządzone z mięsa w domu sposobem ogłoszonym w Przegl. Lek. z r. 1881, jakotéż w Gazecie Lekarskiéj z r. 1882. Sposób przyrządzania tego roztworu mięsnego (*solutio carnis peptonisata*) jest w krótkości następujący: 500 grm. skrobanego mięsa, wolnego od ścięgien i tłuszczu, daje się do jednego litra wody, zawierającéj 40—50 grm. kw. solnego rozcieńczonego i 0·5 grm. pepsyny. Gąszcz ten przyrządzony wieczorem, stawia się na całą noc na ciepłém (nie gorącém), miejscu. Zrana gotuje się go tak długo, aż mięso rozpłynie. Następnie przepuszcza się ciecz przez sito, dodaje stósownie do objawów chorobowych lub smaku chorego, różnéj zaprawy i albo małą ilość cukru z winem, albo mąki zaprażonéj, albo mocnego rosołu lub wyciągu mięsnego Liebiga, albo wreszcie sosu brunatnego z pieczeni, i znów z zaprawą zagotowuje; poczém zobojętnia się ostrożnie 10% rozczynem sody tak długo, aż smak pozostaje jeszcze słabo kwaskowaty. Mięsna ta polewka tylko w stanie ogrzanym i przy zachowaniu jeszcze smaku kwaskowatego jest dla większéj części pacyjentów przyjemną do spożycia, i w tym stanie najstósowniéj jéj użyć; może jednak lekarz kazać ją zobojętnić według przypadku zupełnie rozczynem sody, aż do zniknięcia smaku kwaśnego, nadto dodać przy bólach żołądka nastoju makowca, lub morfinu, a przy zaparciu stolca małéj ilości soli glauberskiéj, i nie tylko jéj używać, jako środka odżywczego lecz i leczniczego. Całkowita ilość roztworu mięsnego według powyższego przepisu utworzona, zawiera według rozbiorów chemicznych 80 grm. białka w rozpuszczeniu, a z tego 73 grm. w postaci peptonu, i może wystarczyć poniekąd do pokrycia dziennego ubytku azotu z ustroju. Roztwór mięsny należy w lecie codziennie przyrządzać, w zimie na mrozie da się przez kilka dni utrzymać; musi być jednak przed każdorazowém użyciem ogrzewany. Po żywieniu się roztworem mięsnym u chorych, którzy go znoszą, uważałem szybkie wystąpienie łaknienia i polepszenie odżywienia. Przypisuję ten pierwszy skutek obecności kw. solnego i węglowego, jakotéż bezczynności żołądka w obec przetrawionego przetworu.

Jednak i żywienie przetworami peptonowemi nie powstrzymuje upadku sił, jeżeli narząd chłonniczy przewodu pokarmowego nie funkcyjonuje lub odźwiernik mało co jest drożny. W takich przypadkach pozostaje lekarzowi jeszcze sposób żywienia przez odbytnicę; przy tém musi jednak mieć na uwadze niektóre względy fizyjologiczne: 1) Że wessalność przez błonę śluzową odbytnicy tylko dla wody, wyskoku, alkaloidów, cukru i względnie dla niektórych soli jest stwierdzoną, dla ciał białkowatych, klejowatych, skrobiowatych pozostaje sporną, a w każdym razie bardzo nieznaczną. 2) Rozczyny solne już 1% zadrażniają mocno błonę śluzową jelita i w tém zgęszczeniu wywołują rozwolnienie, nieżyt, nawet krwawienie i wcale nie ulegają wessaniu. 3) Błona śluzowa odbytnicy nie znosi stósowania obcych płynów przez dłuższy czas; bo ulega nieżytowi. 4) W celu zwiększenia wessania należy odbytnicę przed wprowadzeniem pokarmów za pomocą lawatywy z ciepłéj wody oczyścić a płyn pokarmowy jak najwyżéj, najstósowniéj za pomocą sondy żołądkowéj, wprowadzać. Do płynu pokarmowego nieco ogrzanego w razie trudnego zatrzymywania go przez odbytnicę należy dodać kilka kropel nastoju makowca, a po wprowadzeniu lawatywy otwór stolcowy ręcznikiem ucisnąć. Jako środek pomocniczy do odżywiania przez odbytnicę stósował Kussmaul z dobrym skutkiem u chorych osłabionych z rozstrzenią żołądka mięszaninę wina i rosołu w ilości po ćwierć litra kilka razy dziennie. Leube zachwala użycie lawatyw trzustkowych, przyrządzonych ze 150 grm. mięsa siekanego, 50 grm. trzustki wieprzowéj z dodatkiem 100 grm. wody ciepłéj; cała ilość gąszczu ma być na jeden raz do odbytnicy wprowadzoną. Dujardin-Beaumetz, dziwnym sposobem radzi wprowadzać do odbytnicy mięszaninę wymiocin i białka z jaja. Wątpić jednak należy, aby rozłożona treść żołądka rozszerzonego mogła dobry skutek w jelicie wywołać. Z doswiadczeń fizyjologicznych szczególniéj Latschenbergera i Czernego wypada, że najstósowniejsza mięszanina do żywienia *per rectum* powinna się składać z bitego białka kurzego, z dodatkiem wody, cukru, wina, oliwy i kleiku skrobi. Mosler zaleca znów użycie bitéj krwi. Ostatecznie i lawatywy peptonowe przez wielu lekarzy bywają zachwalane. Muszę jednak przestrzedz przed użyciem peptonów handlowych, będących w rozkładzie. Peptony te same przez się według licznych doświadczeń na psach i ludziach uskutecznionych, wywołują po dłuższém stósowaniu nieżyt odbytnicy, co przypisać będzie trzeba albo znacznéj kwasocie przetworu, albo większéj ilości soli kuchennéj, wytworzonéj podczas nieoględnéj fabrykacyi przetworu. Jeżeli przetwór peptonowy jest w rozkładzie, tém prędzéj wystąpi nieżyt, a jako ciała gnilne zawierający, wywiera niekorzystny wpływ na ustrój, i tak np. zastósowany po rękoczynach chirurgicznych, np. resekcyi odźwiernika, daje powód do podniesienia się gorączki. Chcąc więc użyć lawatyw z peptonów handlowych, należy je wprzód przegotować, a najlepiéj użyć zupełnie świeży przetwór. Wyżéj wspomniany roztwór mięsny peptonowy był w kilku przypadkach z dobrym skutkiem zastósowany do odżywiania przez odbytnicę; w jednym przypadku obficie broczącego wrzodu żołądkowego stósowano go przez dwa tygodnie aż do wyzdrowienia, a w drugim w raku odźwiernika przez pięć tygodni. Trzeba jednak w tym celu przyrządzenie roztworu peptonowego o tyle zmienić, żeby do peptonizowania użyć mniéj kw. solnego 20—25 grm. a do zobojętnienia tyle rozczynu sody, aby smak kwaśny znikł zupełnie. Roztwór bowiem kwaśny lub zawierający większą ilość soli kuchennéj, działałby podrażniająco na błonę śluzową odbytnicy, przez coby wessanie ciał białkowatych upośledzoném zostało.

LITERATURA: Schliepp: *Zur Behandlung mit der Magenpumpe. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XIII, 1874, p. 454. — Skjelderupp: *Primäre dilatatio ventriculi. Virch. Hirsch. Jahrb.* 1866, p. 134. — Erdmann: *Ein Fall von acuter Magenerweiterung. Arch. f. Path. u. Anat.* Bd. 43, p. 295. — Neumann: *Einige Fälle von Pylorusstenose und Magendilatation aus d. med. Klinik des Prof. Hirsch in Königsberg. Deutsche Klinik* 1861, Nr. 2. — M. Ogata: *Ueber die Verdaung nach Ausschaltung des Magens. Arch. f. Phys.* 1883, H. 1. — Leube: *Zur Diagnose und Therapie der Magenerweiterung. Deutsch. Arch. f klin. Med.* XXIII, 1879, p. 555. — Reinhard v. den Velden: *Ueber Vorkommen und Mangel der freien HCl im Magensaft bei Gastrectasie. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XIII, 1879, p. 368. — *Ueber die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe von Dr. Adolf Kussmaul in Freiburg. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* VI. 1869, p. 454. — Ziemssen: *Zur Technik der Localbehandlung des Magens. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. X. 1872, p. 64. — Lesshaft w Petersburgu: *Ueber die Lage des Magens. und über die Beziehung seiner Form und Function. Virch. Arch. f. Path. und Anat.* 1882. Bd. 87, p. 69. — Oppolzer: *Zur Diagnostik der Magenkrankheiten. Allg. Wien. med. Zeitung.* Jahrg. 1857, Nr. 2; Jahrg. 1858, p. 216; Jahrg. 1859, Nr. 42. — Luschka: *Die Lage des menschlichen Magens. Virch. Hirsch. Jahrb.* 1869, I. p. 20. — Rosenbach: *Zur Diagnose der Magenerweiterung. Deutsch. med. Wochenschr.* 1876, 20 u. 21. — Rillet: *Mémoire sur la dilatation de*

l'estomac. Canstatt. Jahrb. 1859, III, p. 181. — Potton: *Etudes et observations sur la boulimie dyspeptique. Canstatt. Jahrb.* 1863, III, p. 304. — Traube: *Zur Lehre von der Magenerweiterung. Deutsche Klinik* 1861, Nr. 12. — Leube: *Zur Diagnose der Magendilatation Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. XV, 1875, p. 394. — Dr. Sig. Purjesz: *Zur Diagnose und Therapie der Magenerweiterung. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 23, 1879. p. 553. — Ebstein: *Ueber die Nichtschlussfähigkeit des Pylorus. Volkmann. Samml. klin. Vorträge.* H. 155. — Dr. Jul. Wolff: *Über die Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut unter pathologischen und physiologischen Verhältnissen. Centralbl. f. klin. Med.* 1882, p. 449. — Dr. Kretschy: *Beobachtungen und Versuche an einer Magenfistelkranken. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XIX. 1876. p. 527. — Dr. Jul. Uffelmann: *Beobachtungen und Untersuchungen an einem gastrotomirten fiebernden Knaben. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XX, 1877, p. 535. — Dr. Ponikło: O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka. Przegląd Lekarski 1882, Nr. 7. — Ziemssen: *Handb. d. speciell Pathol. und Ther.* B. VII, 2 Hälfte 1876. — Leven: *Traité des maladies de l'estomac.* Paris 1879. — Dujardin-Beaumetz: *Leçons de Clinique Thérapeutique.* Paris 1880. — Victor Audhui: *Traité de maladies de l'estomac.* Paris 1883.

IV. Oceny i sprawozdania.

———

Eisenschitz: O żywieniu dzieci w przebiegu chorób gorączkowych

Nie daleko poza nami są czasy, kiedy patologowie twierdzili, że trawienie prawidłowe jest niemożliwém w przebiegu chorób gorączkowych, a to dla tego, że soki trawiące wydzielane w gorączce różnią się ilościowo i jakościowo od wydzielanych w stanie prawidłowym. Następstwem tego zapatrywania było, że dyjeta gorączkujących bywała bardzo podobną do głodzenia; chory musiał obchodzić się bez pokarmów pożywnych, one bowiem nietylko że mu nie służyły, ale nawet wzmagały rzekomo gorączkę. Dziś uległy te zapatrywania gruntownéj zmianie, a to w skutek rezultatów doświadczeń przedsiębranych przez Manasseina, Veldena, Saseckiego i Uffelmanna. Pierwszy z nich przekonał się, że zwierzęta gorączkujące trawią włóknik zupełnie prawidłowo, skoro tylko dodano do soku żołądkowego nieco kwasu, wnosi tedy, że u gorączkujących jest tylko stosunek wydzielonego kwasu do pepsynu zmieniony. Spostrzeżenie to stwierdził w parę lat późniéj Velden w klinice Kussmaula na chorym na dur brzuszny, któremu pompował sok żołądkowy, i Uffelmann na chłopcu z przetoką żołądkową. Jak się rzecz ma z trawieniem w jelicie w przebiegu chorób gorączkowych tego dotąd nikt nie badał.

E. zajmował się badaniem trawienia u dzieci w przebiegu chorób gorączkowych nietylko dla tego, że rozporządza tylko takim materyjałem chorych, ale niemniéj dla tego, że sprawa przedstawia się nieco odmiennie u dzieci i u dorosłych. Bez względu na teoretyczne rozumowanie musi lekarz częstokroć starać się odżywiać dzieci we wszystkich chorobach gorączkowych nieco dłużéj trwających z tego powodu, że powstrzymanie podawania dzieciom pokarmów łączy się u nich z niebezpieczeństwem już po krótkim czasie. Trudność napotyka się nie tyle w nieodpowiednim składzie soków trawiących, ile w oporze chorych przeciw przyjmowaniu pokarmów, temu można jednak zaradzić odpowiednim wyborem pokarmów, a błędem w leczeniu należy nazwać skazanie dziecka dłużéj gorączkującego na ścisłą dyjetę gorączkową w myśl pojęć dawniejszych. Nie podobna pominąć przy téj sposobności pewną kwestyję poruszoną ostatniemi czasy przez Senatora. Twierdzi on, że chorym z białkiem w moczu nie należy podawać pokarmów białkowych, gdyż tym sposobem zwiększa się ilość białka wydzielanego drogą moczu. Jakkolwiek prawdziwości tego twierdzenia nikt nie zaprzeczy, to z drugiéj strony wyznać należy, że dotąd brak dostatecznych obliczeń. Jakkolwiek się rzecz ma nie radzi autor wcale postępować za radą Senatora w tym względzie, gdyż doświadczenia zrobione na dzieciach z białkomoczem po płonicy przemawiają wprost przeciw takiemu postępowaniu, a niedostateczne odżywianie ścian naczyniowych i osłabienie siły serca jako następstwa niedostatecznego odżywiania muszą w tych przypadkach stanowczo zaważyć na szali.

W przypadkach błonicy, zwłaszcza z ciężkim przebiegiem, zdarza się czasem nieprzezwyciężony wstręt do jadła u dzieci, a ponieważ w tych właśnie przypadkach zależy wielce na dobrém odżywianiu radzi E. podawać pokarmy płynne a pożywne, jak mleko, białko z jaja w wodzie ocukrzonéj z dodatkiem koniaku, polewkę winną lub w rosole rozpuszczony roczczyn Leube-Rosenthala wlewać przez cienki dren wprowadzony do nosa aż do gardziela, gdyż nie ma w tych przypadkach wstrętu do jadła lecz bolesność przy połykaniu wstrzymuje dzieci od jedzenia. Ten sam sposób zaleca w przypadkach porażeń mięśni połykowych.

Na znaczniejsze trudności napotyka się w tych przypadkach, w których jest sam przewód pokarmowy siedzibą zmian chorobowych. Typem téj gromady chorób jest dur brzuszny. Pewném jest, według zdania E., że dur brzuszny przebiega u dzieci w największéj liczbie przypadków bez owrzodzeń, to téż radzi autor podawać w ciągu choroby pokarmy płynne, pożywne, w okresie ozdrowienia nie radzi jednak wcale ociągać się z odżywianiem bez obawy powrotu choroby, który przynajmniéj u dorosłych zwykło się przypisywać błędom w dyjecie. Już z powodu krótszego przebiegu jak niemniéj dla tego, że nie przychodzi do owrzodzeń nie grozi dzieciom z téj strony niebezpieczeństwo.

Gorączka w przebiegu rozmaitych zapaleń żołądka i jelit nie stanowi wcale przeciwwskazania dla odżywiania dzieci, w tych przypadkach należy baczyć jedynie na sprawę chorobową miejscową, a odżywianie dzieci w tych chorobach bywa jedném z najcięższych zadań lekarza. W przebiegu chorób wymienionych spostrzegł autor gorączkę, którą udało się usunąć przepłukaniem jelita roczczynem kwasu salicylowego, zdaje się więc, że pochodziła ona z nieprawidłowych spraw kiśnienia i rozkładu w przewodzie pokarmowym. Zbyteczném jest bez wątpienia przytaczać szczegółowe przepisy żywienia dzieci w przebiegu chorób gorączkowych, na sposób żywienia chorych zwykły się składać rozmaite czynniki, główną wskazówkę powinny stanowić zasady fizyjologii odżywiania obok uwzględnienia ile możności miejscowych przyzwyczajeń. Uffelmann doświadczył, że chłopiec gorączkujący trudniéj trawił mięso surowe skrobane aniżeli pieczone, białka jaja na twardo gotowanego prawie wcale nie trawił, a białko jaja surowego zarobione z wodą i dodatkiem cukru lub soli z łatwością zamieniał w pepton. Najwięcéj rozpowszechnioném jest użycie mleka, które wodą rozcieńczone bywa nawet na szczycie stanu gorączkowego dobrze trawione. Mleko kwaśne należy w tych przypadkach przed podaniem mocno kłócić. Napotyka się jednak dzieci znarowione dodatkami kawy, czekolady lub herbaty do mleka, dodatki te nie są odpowiedniemi w przebiegu chorób gorączkowych, a rzeczą dobrego prowadzenia jest przyzwyczaić dzieci do czystego mleka bez tych dodatków. Bardzo chętnie spożywają dzieci mięszaninę z surowego białka i

wody z odrobiną cukru i koniaku tak, że tym sposobem można im podać 3—6 białek z jaj w przeciągu doby. Nieodpowiedniém jest karmienie osesków mlekiem matki w przebiegu chorób gorączkowych; pragnienie ich należy gasić podawaniem zimnéj wody w odpowiedni sposób, gdyż nadmiar pokarmu zwykle zwymiotują, a jeżeli wymioty nie następują sprowadza ten nadmiar dyspepsyję o wiele czasem przykrzejszą aniżeli pierwotna choroba gorączkowa. (*Wiener med. Blätter*, Nr. 32 i 33, 1883). *Dr. Schaitter.*

Prof. Auspitz: **O stosowaniu leków na skórę w warstwach cienkich silnie przylegających.**

Wśród leczenia zmian chorobowych skóry starano się od dawna wypełnić cztery wskazania, a mianowicie: 1) powstrzymać wpływ powietrza, jeżeli tenże był szkodliwym; 2) usuwać lub rozmiękczać produkty chorobowe jakoto: strupy i łuski, których dolna, nierówna powierzchnia drażniła skórę samą i zapobiedz ich powstawaniu; 3) powstrzymać wydzieliny chorobowe czy to surowicze, czy téż ropne, zmięszane często z krwią, potém lub mazidłem skórném; 4) stosować leki na samą skórę, w dawkach dokładnie oznaczonych i o znaczném zagęszczeniu. Aby wypełnić te wskazania terapija rozporządza przylepcami, maściami, pędzlowaniem rozczynami wyskokowemi i eterycznemi lub zasypkami. Plastry tak żywiczne jakotéż ołowiowe odznaczają się lepkością i bywają zbite, nie są one jednak odpowiedniemi, gdy zależy na wprowadzeniu leku przez skórę, a nadto należy unikać stosowania plastrów żywicznych drażniących skórę wszędzie tam, gdzie się ma do czynienia ze sprawą zapalną; w niższym stopniu drażnią skórę plastry ołowiowe, a tworzenie z nich maści przez dodanie tłuszczu (*Ung. diachyli*, Hebra) ma na celu usunięcie ich własności drażniących.

Maści były ulubionym lekiem Hebry, który stosował je rozpostarte na kawałku tkaniny, czynił tym sposobem zadość wskazaniom pod 1 i 2 wymienionym i otrzymywał wyniki zupełnie zadawalniające. Jedną tylko słabą stronę przedstawiała ta metoda lecznicza, a mianowicie trudno było uchronić od jełczenia tłuszcze, wchodzące w skład maści i nie można było nabrać pewności, czy już przy sporządzaniu maści nie użyto tłuszczu zjełczałego.

Niedostateczném bywa zazwyczaj pędzlowanie i zasypywanie proszkami. Rozczyny wyskokowe drażnią skórę, parują szybko, ziębią ją tym sposobem i utrudniają krążenie, sprawiają nadto, że skóra staje się suchą i kruchą, a nie pozostawiają wcale jednostajnéj powłoki ponad miejscami schorzałemi. Zasypywanie proszkami zupełnie zawodzi, mogą one jedynie osuszać skórę z wydzielin płynnych, ale za to sprzyjają tworzeniu się strupów.

Tak tedy pozostawia leczenie chorób skóry wiele do życzenia; dopiero w ostatnich latach kilku dermatologów podjęło tę sprawę z dobrym skutkiem, wprowadzając w użycie nowe leki dotąd nieznane albo przynajmniéj nie używane. Do leków tych zaliczyć należy kwas salicylowy, proszek goa czyli araroba, kwas chryzofanowy, czyli chryzorabin, kwas swędo-dębiankowy czyli pyrogalusowy i naftol, używany przez Kaposiego i Ludwiga. Najodpowiedniejszą jest postać maści i w téj to postaci stosuje się najczęściéj chryzorabin np. w łuszczycy. Skuteczność tego środka w tém cierpieniu stwierdzono już niejednokrotnie. Sesemann pędzlował co drugi dzień miejsca schorzałe mieszaniną 0·6 chryzorabinu na 4·0 kolodionu. Pick poleca użycie gelatyny z chryzorabinem a następnie pędzlowanie gliceryną, Beiersdorf dodaje gliceryny wśród sporządzania masy gelatynowéj. Z tych sposobów najmniéj zasługuje na uwzględnienie sposób Sesemana, gdyż kolodium prędko twardnie i pęka tak na powierzchni skóry jakotéż we flaszce, a pędzle niszczeją po jednorazowém użyciu. Z własnego doświadczenia nabrał autor przekonania o dobroci mieszaniny zalecanéj przez Picka i Unnę, a mianowicie chryzorabinu w klejkiéj galarecie z dodatkiem gliceryny, utrzymuje jednak, że inny rozczyn najpierw przez niego użyty jest jeszcze odpowiedniejszym. Używa on traumatycynu t. j. rozczynu 1 części gutaperki w 10 częściach chloroformu. Rozczyn ten nietylko, że mięsza się dokładnie z chryzorabinem, ale trzyma się skóry przez kilka dni wcale się przytém niezmieniając, gdy przeciwnie powłoka gelatynowa ulega starciu przez suknie tak, że ją należy odnowić po kilku godzinach; oprócz téj własności posiada traumatycyn, jako lek obejmujący inne skuteczne środki, cały szereg zalet przed innemi zaróbkami, a mianowicie: 1) tworzy on powłoczki znacznie cieńsze i delikatniejsze aniżeli kolodium z gelatyną, a przez to téż mniéj sprawia bólu choremu; 2) jest on środkiem zupełnie obojętnym i nie drażni skóry nawet u dzieci; 3) ucisk wywarty przez traumatycyn jest jednostajny, gdyż środek ten jest giętki i stosuje się dokładnie do zgięć stawów, podczas gdy powłoczki gelatynowe należało często zwilżać gliceryną, aby je utrzymać w stanie należytym. 4) Obchodzenie się z tym środkiem jest o wiele łatwiejsze, a podczas gdy chloroform paruje zwolna, można z pędzlowaniem połączyć pewien rodzaj nacierania, tak więc oddala się pozostałe jeszcze strupy i łuski, a środek może działać bezpośrednio na miejsca schorzałe. Gdy przeciwnie masę gelatynową należy najprzód ogrzewać, gorącą zaś pędzlować nie można, gdy się zaś pędzluje nieco oziębłą nie zdoła się nawet zakończyć tego postępowania, a już masa zastygła. 5) traumatycyn nie psuje i nie rozkłada się, podczas gdy masa gelatynowa pleśnieje z czasem; 6) traumatycyn wreszcie jest tańszym aniżeli wszelkie inne zaróbki, gdyż sporządzenie tegoż nie wymaga tyle czasu i nie jest połączone z takiemi trudnościami jak sporządzenie masy gelatynowéj.

Plan leczenia łuszczycy należałoby tedy zakreślić w ten sposób: Po oddaleniu łusek w kąpieli za pomocą mydła, należy pomazać te miejsca 10procentową mieszaniną środka z traumatycynem. Jeżeli zmiany nie są zbyt rozległe, należy pędzlować co dzień, w przypadkach zmian rozleglejszych co 2 lub 3 dni. Po kilku lub kilkunastu pędzlowaniach ustępują nacieki i pozostają tylko plamy białawe, otoczone rąbkiem czerwonym lub sinym. A. przytacza kilka historyj chorób na dowód w jak krótkim czasie można zmiany usunąć, a nigdy nie spostrzega się przytém złych następstw nawet u dzieci.

W ten sam sposób leczył A. inne sprawy chorobowe, polegające na rozwoju grzybków jak liszaj wyłyszający, wyprysk obrzeżny i świerzbiączkę; w ostatniéj chorobie stosował mięszaninę z 10grm. chryzorabinu na 100 traumatycynu, a u dzieci 5:100, zazwyczaj natychmiast po zastosowaniu ustawało swędzenie, a w kilku przypadkach poznikały guzki. Że jednak chryzorabin zastosowany czy to w postaci maści czy też to w traumatycynie nie chroni przed powrotem choroby rozumie się samo przez się. (*Wiener med. Wochensch.* Nr. 30 i 31, 1883). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Prof, Dr. Kjelberg zastanawiając się nad przyczynami **drgawek u dzieci**, dochodzi do wniosku, że drgawki powstają bądź z zaburzeń w krążeniu, bądź też z zmian w składzie krwi. Zaburzenia w krążeniu polegają na niedokrewności mózgu, nagłéj utracie cieczy organicznych (rozwolnienia, wymioty), skurczu naczyń (strach, gniew), ściśnieniu czaszki, ucisku mózgu (wysięki). Nadto nawał krwi może także wywołać przypady niedokrewności przez te zaburzenia, które prowadzą do uciśnienia naczyń włosowatych mózgu. Chorobowe zmiany krwi, mogące wywołać drgawki dzieci, polegają na nadzwyczaj wysokiéj ciepłocie ustroju, na zmianach odżywczych mózgu w chorobach zakaźnych, na otruciu się truciznami mineralnemi i roślinnemi, na samozakażeniu ustroju ropą, posoką, kwasami żółciowemi; do téj ostatniéj kategoryi należą zmiany pokarmu w opilstwie i wielkich wzruszeniach umysłowych mamek. Drgawki współczulne, towarzyszące innym chorobom, polegają na podnieconéj odruchliwości ustroju, jakto ma miejsce po oparzeniach, wysypkach, zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, w wnętrzakach, ząbkowaniu itd. Usposobienie do drgawek najczęściéj jest dziedzicznem. (*Arch. f. Kinderheilk.*).

(A. K.) Dr. Fitzgerald dowodzi w *The Lancet*, że samogwałt u kobiet sprowadza często nad czułość siatkówki i niedowład akomodacyjny.

V. Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w „*Berl. klin. Wochenschrift*“ i „*Deutshe medic. Wochenschrift.*“

Podał **K. M.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

Nadzwyczaj doniosłą jest kwestyja światła w izbach szkolnych. W téj mierze wcale nieobojętną jest rzeczą dla wzroku uczniów, czy światło wpada do klasy z jednéj lub obu stron, a w pierwszym przypadku, czy od strony prawéj lub lewéj; niemniéj czy ilość jego jest większa lub mniejsza. Co do kierunku wpadającego światła to stanowczo zgodzono się obecnie na to, że oświetlenie w klasach winno być boczne i to koniecznie od strony lewéj uczniów. Komisyja wybrana zeszłego roku przez francuskiego ministra oświaty ku roztrząsaniu téj kwestyi, orzekła nawet, że światło powinno wpadać do izb szkolnych nietylko od strony lewéj, ale i od północy, tak ażeby uczniowie siedząc w ławkach, zwróceni byli twarzą ku wschodowi, w ten tylko sposób bowiem można mieć w szkole oświetlenie łagodne a dostateczne. Niemieccy higijeniści nie uznają jednak tego ostatniego warunku za niezbędny. Co do ilości światła, to brak także miary, na którąby się powszechnie zgodzono. Bertin-Sans we Francyi starał się oznaczyć liczbami ilość światła dla każdego miejsca w klasie. W tym celu sporządził światłomierz, przyjmując za podstawę pełne oświetlenie dzienne, uważane za milijon jednostek (zob. Eulenburga *Vierteljahrschrift*, 1882, lipiec, str. 182 i nast.). Chciał on w ten sposób dotrzeć do źródła wzmagającéj się po szkołach myopii. Wspomniana komisyja orzekła także, że celem zapewnienia należytego oświetlenia izb szkolnych, szkoły winny być budowane w ten sposób, ażeby oko umieszczone w najniekorzystniejszém miejscu klasy na wysokości ławki (pultu), widziało jeszcze 30° centymetrową przestrzeń nieba, licząc od najwyższego punktu okna prostopadle na dół. I tutaj Niemcy okazali się mniéj ścisłymi od Francuzów. Poprzestawali bowiem do niedawna jedynie na tém, aby przestrzegano tylko pewnego stosunku między powierzchnią okien a liczbą uczniów (Cohn, Bagiński); obecnie zaś przyjęli za prawidło, że łączna powierzchnia okien powinna stanowić co najmniéj piątą część powierzchni podłogi. Nie jest to jednak już zabezpieczenie dostatecznego światła w szkołach, albowiem wypadałoby jeszcze chyba dodać ten warunek, aby szkoła nie była zwróconą oknami ku bliskim budynkom, co jednak znów nie zawsze osiągnąć się daje, jakkolwiek jest okolicznością nader ważną. Oczy uczniów bowiem otoczone ciągle przedmiotami bliskimi, skazane są na ustawiczną akomodacyję. Nie co innego jednak, jak ta ciągła praca mięśni wewnętrznych oczu, jest przyczyną grasującéj prawdziwie u młodzieży myopii. Wolna od budynków przestrzeń przed oknami izby szkolnéj dozwalałaby oczom uczniów przynajmniéj od czasu do czasu zwalniać akomodacyję i dla tego stanowi warunek przy budowie szkół nader pożądany, jeżeli zważymy, że mięśnie wewnętrzne oka, zarówno jak wszelkie inne w ustroju, podlegają znużeniu, a przeto też potrzebują i wypoczynku.

Zdawało się do ostatnich czasów, że zaledwie w stolicach lub większych miastach można myśleć o bydynkach szkolnych, któreby łączyły w sobie wszystkie powyżéj przywiedzione zalety; mniejsze miasta natomiast, a cóż dopiero ubogie gminy, ani marzyć nie powinny o podobnych zakładach, jako wymagających znacznych kosztów. Że jednak było to po większéj części uprzedzenie i że każda, nawet najuboższa gmina, może posiadać szkołę odpowiadającą wszystkim przepisom i wymaganiom higijeny, okazał dowodnie tyle zasłużony w dziale szkolnym téj nauki Dr. Bagiński. Jego szkoła, zbudowana podług systemu barakowego, łączy w sobie te dwie ważne zalety, najpierw, że odpowiada wszystkim przepisom higijeny, powtóre, że jest tania. Z długiego korytarza wchodzi się do klas, mających kształt podłużny (*Langklasse*) a odróżniających się pod każdym względem korzystnie od dotychczasowych izb szkolnych, których przekrój poziomy przedstawia zazwyczaj kwadrat (*Tiefklasse*). Większą część dłuższéj ściany zajmuje tu okno, którego rozmiary zapewniają każdemu punktowi w klasie należyte oświetlenie. Ławki ustawione są we dwa rzędy z wolném przejściem w środku. Każda z nich przeznaczona jest tylko na 3 uczniów. Górne skrzydło okna poruszalne jest około osi pozioméj, a w ścianie przeciwległéj okna umieszczono w pobliżu powały otwór, którym powietrze zużyte uchodzi do kanału biegnącego w murze oddzielającym klasę od korytarza. Wentylacyję tę wspiera jeszcze płomień gazowy umieszczony w wspomnionym otworze.

Mówiąc o oświetleniu nie chcielibyśmy pominąć tyle ważnéj dla zdrowia młodzieży kwestyi ławek. W Niemczech przedmiot ten, na pozór tak skromny, szczyci się już dosyć obszerną literaturą a w miarę tego rozwinął się też pokaźnie i wyrób ławek, jedno i drugie od czasu, odkąd ortopedyści i okuliści wykazali, jak zgubne skutki dla zdrowia uczniów pociągają wadliwie zbudowane ławki. Biblijoteka wystawy posiada 23 dzieła odnoszące się do tego przedmiotu, nie licząc dzieł i rozpraw najświeższych, których nie ma na wystawie, a które wymienione już są w najnowszém wydaniu Baginskiego higijeny szkół. Niedawno nadeszło na wystawę cenne dziełko Cohna z Wrocławia pod tyt: *Die Hygiene des Auges in den Schulen*. Właściwie jest to tylko obrobienie pracy Eulenburga umieszczonéj w roku zeszłym w *Realencyklopädie d. gesammt. Heilk.* pod tyt. *Schulkinder-Augen*, przytém książka ta nie jest przeznaczona wyłącznie

dla lekarzy, jednakże zarówno sposób przedstawienia rzeczy, jak treść dzieła odznaczają się takiemi zaletami i dają tak dokładny obraz obecnego stanu higijeny szkolnéj w odniesieniu do wzroku, że z pracy téj nawet fachowy lekarz istotny pożytek odnieść może.

Podług obecnych zasad higijeny należy następujące względy mieć na oku przy sporządzaniu ławek: 1) odległość poziomą siedzenia od ławki, t. j. od téj jéj części na któréj uczeń pisze, czyta itp.; 2) odległość pionową tychże części; 3) wysokość ławki; 4) szerokość miejsca przeznaczonego dla jednego ucznia; 5) oparcie dla kręgosłupa; 6) nadanie takiéj konstrukcyi ławce, aby uczeń w niéj nietylko swobodnie i wygodnie mógł pracować, ale także wstawać i wychodzić; 7) nachylenie pultu. W klinice chirurgicznéj Esmarcha w Kielu otrzymują rodzice zgłaszający się z dziećmi, dotkniętemi skrzywieniami kręgosłupa, ilustrowaną pracę tegoż profesora pod tyt.: „Nauka, jak dzieci w szkole siedzieć powinny". Zdaniem Esmarcha, ławkom to na starą modłę budowanym przypisać należy tak częste skrzywienie kręgosłupa u dzieci i takie wzmaganie się myopii po szkołach. W złych ławkach dzieci siedzą krzywo, bo zazwyczaj i siedzenie jest za niskie i zbyt oddalone od pultu i oparcie dla pleców nieodpowiednio sporządzone. Ławka powinna być tak zbudowana, aby dziecko zmuszone było trzymać się prosto i aby mogło w niéj dłuższy czas bez znużenia wysiedzieć. Ku temu celowi: 1) odległość siedzenia od podłogi powinna być równa długości podudzia; 2) szerokość siedzenia ma być równa długości ud; 3) brzeg przedni siedzenia ma być zaokrąglony a powinien sięgać o 2—3cm. daléj, niż wewnętrzny brzeg ławki (pultu); 4) siedzenie winno być tak wysokie, aby dziecko pisząc mogło wygodnie położyć przedramiona na ławce, nie podnosząc przytém łopatek ani nie opuszczając w siebie głowy i grzbietu; 5) podczas czytania dolna okolica grzbietu powinna opierać się o tył ławki.

Z wszystkich tych przepisów, odróżniających dzisiejsze higijeniczne ławki od dawnych, najważniejszym jest ten, który wymaga, aby odległość pozioma siedzenia od ławki była ujemną *(Minusdistanz)*, to znaczy, aby brzeg przedni siedzenia zachodził pod ławkę, nie zaś był z nią na równi *(Nulldistanz)* lub co gorsza, był od niéj oddalony *(Plusdistanz)*. Linija prosta zatém poprowadzona prostopadle na dół od wewnętrznego brzegu ławki powinna przeciąć siedzenie i to w odległości 2—3cm. od brzegu poprzedniego, w takiéj tylko bowiem ławce dziecko nie będzie podawało się tułowiem naprzód i nie będzie leżało piersiami, jak to nieraz bywa, na twardym brzegu ławki. To téż we wszystkich ławkach przysłanych na wystawę owa ujemna odległość pozioma siedzenia od ławki jest starannie zachowaną. Prócz tego wszystkiego siedzenie winno być ruchomém, gdyż inaczéj nie pozwoliłoby uczniowi ani wstawać ani stać w ławce czas dłuższy. Z ławek nadesłanych zasługują głównie na uwagę okazy Karola Elsaessera z Mannheimu, sporządzone z drzewa z oprawą żelazną. Odległość pozioma siedzenia jest tu oczywiście ujemną i wynosi 3—4cm., lecz każdéj chwili łatwo ją zamienić w dodatnią, gdyż siedzenie jest ruchome i daje się podnieść w górę i ku tyłowi. Ławki te opatrzone są osobną podłogą, rodzajem *podium* z otworami; tutaj gromadzi się pył i błoto z obuwia uczniów, uprzątane przez służbę po lekcyjach, co chroni uczniów od tumanów kurzu, jakie się zwykle z powodu rozdeptania naniesionego błota na pauzach w szkole unoszą. Bardzo wielu jeszcze innych wystawców wystąpiło z wzorami ławek doskonaléj nieraz konstrukcyi, jako to: Maks. Hermann z Berlina, Spohr i Kraemer, któréj to firmy ławki są nawet już zaprowadzone w Frankfurcie nad Menem, Dr. Hippauf, Dr. Lickroth, daléj inżynier Paul z Wiednia, Licht, radzca budowniczy z Gdańska, szczegółowe jednak opisy wszystkich tych okazów ze względu na miejsce pomijamy. To już jednak, cośmy przytoczyli, świadczy, że w téj gałęzi przemysłu zapanował w Niemczech ruch wielki i spółubieganie się pożądane. Zapisać potrzeba na pochwałę rządu, iż publicznie oświadczył, że wstrzymuje się umyślnie i z zasady od wystawiania jakichkolwiek ze swéj strony okazów, aby się nie zdawało, że popiera pewne tylko systemy i aby tym sposobem nie odstręczać przemysłowców i fabrykantów od pożytecznego spółzawodnictwa.

A nie tylko spółzawodnictwo fabrykantów i przemysłowców jest tu pożądane, potrzeba bowiem niezbędnie, aby sprawą szkół zajął się cały oświecony ogół, głównie zaś te czynniki społeczne i państwowe, od których inicyjatywa reform wskazanych wyjść powinna. Pomijając na razie wpływ szkodliwy szkół na ogólne zdrowie młodzieży, nie możemy zamilczeć, że jakto z gruntownych badań Cohna i Dürra wypływa, wzrok dzieci wyraźnie cierpi pod wpływem pracy szkolnéj w ogólności, z czego znów nie mało położyć należy na karb lichego oświetlenia i wadliwie zbudowanych ławek. Że twierdzenie to jest wiarogodném, za tém przemawiają wymownie cyfry. Sam Cohn badał 10.060 dzieci a dołączył do tego spostrzeżenia kilkunastu badaczów, dokonane na 21.500 uczniach. Byli to Erismann z Petersburga, Thilenius z Rostoku, Schulz z Upsali, Krüger z Frankfurtu nad Menem, Hoffmann z Wiesbadenu, Reuss z Wiednia, Burgl z Mnichowa, Conrad z Królewca, Scheiding z Erlangi, Koppe z Dorpatu, Pflüger z Lucerny, Becker z Heidelbergu, Kotelmann z Hamburga, Emmert z Berna, Classen z Hamburga, Haenel z Drezna, Netoliczka z Gracu, Niemann z Magdeburga, A. Weber z Darmsztadu i Florschütz z Koburga. Na podstawie tak obfitego materjału Cohn doszedł do stanowczego wniosku, że w miarę klas szkolnych i wieku coraz większy procent uczniów podlega myopii. Biorąc tylko na uwagę 9.344 uczniów z 24 średnich szkół niemieckich, przedstawia nam się procent myopów porządkiem klas, jak następuje: w najniższéj zwanéj sextą 22%, w kwincie 27%, w kwarcie 36%, w tercyi 46%, w sekundzie 55%, w najwyższéj zaś, tj. w prymie, 58%. Najcenniejsze jednak badania Cohna pochodzą z r. 1877. Badał on wtedy 240 dzieci, zapuszczając przed badaniem atropin i stwierdził fakt, którego już poprzednio domyślał się Erismann z Petersburga, że mianowicie hipermetropija jest prawidłowym stanem refrakcyjnym oka młodzieńczego, że daléj, mała tylko liczba oczów pozostaje i nadal w tym stanie, znaczna większość natomiast ulega myopii, przeszedłszy dłużéj lub krócéj trwającéj okres emmetropii (zob. Cohn, *Hygiene des Auges*, str 59 i nast.) Cohn stwierdził następnie, że w każdém napozór prawidłowo zbudowaném oku po zapuszczeniu atropinu okazała się hipermetropija, że ta H. lat. wynosiła najczęściéj $^1/_{50}$—$^1/_{30}$; że nieprawidłową budowę oczów napotyka się u chłopców 2 razy częściéj, niż u dziewcząt; że nakoniec bystrość wzroku prawidłowo była>1, często=2—2$^1/_2$, niekiedy=3.

Badania refrakcyi u dzieci po poprzedniém zapuszcze-

niu atropinu nikt nie próbował przed Cohnem. W r. 1882 dopiero użył do podobnych badań homatropinu Dürr w Hanowerze a wyniki tychże przedstawił graficznie i nadesłał na wystawę. Tablice te są nadzwyczaj pouczające a zasługa Dürra jest najzupełniéj równą zasłudze, jaką Cohn oddał nauce. Tém bardziéj téż zadziwiło a nawet niemile dotknęło wielu, że gdy drugiego odznaczono, całkiem zresztą słusznie, złotym medalem, pracę Dürra zupełném pominięto milczeniem.....

Homatropinu dla tego lepiéj używać do podobnych badań niż atropinu, ponieważ działanie jego jakkolwiek silniejsze, jednak rychléj przemija. Rozczyn zawierający około 5% homatropinu poraża akomodacyję zupełnie już w 50 minut, działanie to jednak ustępuje całkowicie w 24—26 godzin. Jeżeli zaś prócz homatropinu zapuścimy ezeryn, natenczas działanie pierwszego trwa o 5—6 godzin krócéj. Dürr stwierdził zarówno jak Cohn wzmaganie się liczby myopów w miarę wieku i posuwania się do klas wyższych. Liczba krótkowidzów była: w sekscie 20,4%, w kwincie 25,7%, w kwarcie 33,3%, w tercyi B. 37,8%, w tercyi A. 28,7% w sekundzie 54,0%, w prymie 65,1%. Obliczenia wykazały daléj, że z wszystkich tych, u których w klasie wstępnéj wykazać można było początki myopii, zaledwie $^1/_5$ nie uległa myopii wybitnéj. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ógólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 sierpnia do 1 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,8. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 odry, 5 płonicy, 2 krztuśca, 2 dławca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się w szpitalach 59, świeżo zapadło 11. W Wiedniu, Brukselli, Aleksandryi umarło po 1, w Amsterdamie, Liverpolu, Granadzie i Lizbonie po 2, w Petersburgu i Warszawie po 3, w Paryżu 4, w Roterdamie 5, w Birmingham 6, w Murcyi 7, w Pradze 11, w Maladze 12, w Nowym Orleanie 13, w Madrasie 40, w Madrycie 9. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1, w Granadzie 2, w Saragosie 3, w Maladze, Murcyi i Madrycie po 4. W Baltimore umarło z cholery 2 (od 29 lipca do 4 sierpnia), w Bombaju 49 (od 18—24 lipca), w Aleksandryi 94 (od 5—11 sierpnia). W Sajon wydarzyły się przypadki śmierci z cholery w połowie lipca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,1; w Warszawie 39,1; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 33,6; w Pradze 31,2; w Tryjeście 29,8; w Berlinie 28.0; w Wrocławiu 35,8; w Gdańsku 27,3; w Monachowie 37,5; w Dreźnie 26,5; w Lipsku 28,9; w Bazylei 11,1; w Brukseli 21,9; w Amsterdamie 24,1; w Hadze 26,9; w Paryżu 24,4; w Londynie 17,9; w Kopenhadze 22,4; w Stokholmie 21,5; w Chrystyjanii 19,2; w Petersburgu 26,6; w Odesie 56,0; w Wenecyi 24,5; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 29,6; w Lizbonie 28,4, w Aleksandryi 84,6; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 33,5; w Madrasie 32,8.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 września. Redaktor Przeglądu Lekarskiego powrócił do Krakowa i objął swoje czynności. Wszelkie więc korespondencyje redakcyjne zechcą odtąd szan. koledzy współpracownicy adresować do niego.

(K.) D. 11 bm. Komitet Towarzystwa Lekarskiego wziął udział w ceremonii żałobnego nabożeństwa, które odbyło się na Wawelu za duszę Jana III i złożył wieniec opatrzony odpowiednim napisem na sarkofagu jego. D. 12 bm. Towarzystwo lekarskie, zajmując wyznaczone sobie miejsce, uczestniczyło w uroczystym procesyjnym pochodzie.

* **Lwów**. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo! Ze względu na zmiany zaszłe w oddziale chirurgicznym szpitala lwowskiego i interesowanie się kolegów rezultatami leczenia w tym oddziale, przesyłam niniejszy wykaz wyników leczenia za ubiegłych ośm miesięcy, t. j. od 1go stycznia do 31go sierpnia 1883 r.

Leczono chorych	1140
Ubyło przez wydalenie	1058
„ „ śmierć	67
Pozostaje w szpitalu	82

Procent śmiertelności względnie do ubyłych 6·3, do leczonych 5·8%. W liczbie 67 zmarłych znajduje się 30, u których żadna operacyja wykonaną być nie mogła (charłactwo posunięte do wysokiego stopnia, *suicidium*, *Tuberculosis ultimi gradus. Marasmus. In statu moriente* itd.)

Wykonano operacyj większych 130, średnich i małych 198, opatrunków gipsowych 45. Razem 373.

Operacyje większe.

Amputacyje: *Femoris 15* (umarł jeden), *Cruris 9* (umarło 3, z tych jeden po wygojeniu z gruźlicy), *Humeri 2*, *Antibrachii 2*.

Eksartykulacyje: *Genu (c. resect. condyl.) 1*, *Humeri 1*, (umarł: *Vulnus morsum*, *Sepsis*), *Pedis (c. resect. malleol. 3)*, *Chopparti 1*, *Digitorum 7*.

Resekcyje: *Cubiti 5* (zmarło 2), *genu 1* (umarł 1), *carpi 1*, *costarum 1*, (umarł z gruźlicy), *maxill. infer. 1*.

Herniotomij 6 (umarło 2), *Resectio intest. gangr. 2* (zmarli obaj, u jednego *2m 50 intest. gangr.*) *Fistula ani* (ciężkich) *5*, *Ovariotomia 1*, (zmarła w skutek *peritonitis myxomatosa*), *Lithotomia 1*, *Uretrotomia externa 1*, *Hydrocele* (*sectio radical.*) *2*, *Tracheotomia dil. Schrötter*, *Exstirpatio neoplas. magn. 24* (zmarło 4), *Corpus al. Trach. prof. 1*, *Amputatio mammae*, *evacuat. axillar. 3*, *Exstirpatio neopl. c. plast. oris. 12*, *Amputatio penis 1*, *Evidements grav. 9*, (zmarło 2 *osteomyel. septica*) *Sequestrotomia grav. 6* (zmarł 1), *Arthrotomia 3* (zmarło 2) *Sepsis*).

Operacyje mniejsze:

Ligatur. arteriar. 5 (*art. fem.*, *lingual.*, *poplit.*), *evidement 10*, *sequestrotomią 16*, *corp. alien. genu 1*, *fistula ani 9*, *fissura*, *nodi haemor. 8*, *Hydrocele*, *injectio jodi 5*, *Punctio thoracis 5* (1 umarł *Marasmus*), *punctio abdaminis 2*, *Taxis prop. hernia incarcer. 5*, *Dilat. urethrae strictur. 6*, *Extirpatio neoplasm. raria 20*, *Cauterisatio*, *Ignipunct. 13*, *Discisio drain. Phlegmone 36*, (zmarło 9), *repositio luxation 7* (czterech w narkozie).

J. Stella-Sawicki.
Inspektor szpitali.

(K.) Z poważnego i ze wszech miar wiarygodnego źródła donoszą nam, że w miasteczku Mosty, w okolicy Żółkwi położoném, wakuje stanowisko lekarza, przedstawiające dla chcącego tam się osiedlić korzystne warunki. Mosty leżą między Żółkwią a Krystynopolem, od pierwszéj oddalone o 4, od ostatniego o 3 mile.

* Niedawno temu umarła Ludwika Lateau, t. zw. stygmatyzowana z Bois d'Haine w Belgii, licząc lat 33.—owa histeryczka, która przez lat kilkanaście zwracała na siebie uwagę uczonych, a zwłaszcza nieuczonych, z których to ostatnich wielu nie pojmując dziwnych objawów, spostrzeganych u choréj, uważało biedną dziewczynę jako jestestwo niezwykłe.

(K.) Podług *Wiener med. Zeit.* (21 sierpnia) Kanclerz niemiecki ks. Bismark, szukając środka na swe dolegliwości newralgiczne, odbywa ustawiczne peregrynacyje z obozu aleopatów do obozu homeopatów. Obecnie lekarzem księcia jest anatom Schweninger, znany z jednéj strony zaszczytnie z prac swoich, a z drugiéj wcale niekorzystnie z skandalicznego procesu, w którym odegrał główną rolę.

(K.) Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Paryżu oświadczyło się za rewakcynacyją studentów medycyny kształcących się w szpitalach, oraz całéj służby szpitalnéj. Administracyja powszechnéj opieki uwzględniła tę opinije Towarzystwa i postanowiła rozesłać odpowiedni okólnik. (*Gaz. hebdom.* 17 sierpnia).

* Cholera w Egipcie dolnym ustaje; kwarantana w Port-Said zniesiona a przejazd przez kanał suezki dozwolony. Nateraz więc minęło niebezpieczeństwo dla Europy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Prof. Veit mianowany został tajnym starszym radcą lekarskim, — **Praga.** Dr. Horbaczewski, dotychczasowy asystent prof. Ludwiga we Wiedniu mianowany został prof. nadzw. chemii lek. w Wydziale czeskim. — **Drezno.** Prof. nadzw. w Lipsku Dr. Leopold mianowany został dyrektorem zakładu położniczego w Dreźnie i członkiem kolegijum lek. — **Dorpat.** Na posadę opróżnioną skutkiem usunięcia się prof. Holsta powołany został docent prywatny w Berlinie Dr. Runge. — **Berlin.** D. 15 października odbędzie się uroczystość jubileuszu 25-letniéj działalności nauczycielskiéj Dubois-Reymonda. — **Królewiec.** Na katedrę anatomii opisowéj powołany został prof. Merkel z Rostoku.

* **Nekrologija.** Dr. Jan Kwaśnicki, o którego przedwczesnéj śmierci wspomnieliśmy w numerze przeszłotygodniowym, urodził się w r. 1837 w Toporach na Ukrainie; nauki gimnazyjalne pobierał w Żytomierzu, w r. 1857 wstąpił na Wydział lek. w Uniw. św. Włodzimierza w Kijowie, ukończył zaś nauki lekarskie w r. 1865 w szkole głównéj warszawskiéj. W roku następnym objął obowiązki ordynatora w oddziale chirurgicznym szpitala ewangielickiego. Poświęcał się głównie chirurgii, a praca jego usilna zjednała mu taką reputacyję pomiędzy kolegami, iż przed kilku laty opinija ich wskazywała go jako godnego docentury chirurgii w Uniw. warsz.: o ile wiemy, już się zanosiło na mianowanie śp. Dra Kwaśnickiego docentem, gdy nadspodziewanie w ostatniéj chwili nadzieja jego i kolegów spełzła na niczém. Mieliśmy sposobność poznania nieboszczyka, właśnie gdy przygotowywał się do zaszczytnego swego przyszłego zawodu i nabraliśmy przekonania, że świetnie podoła swym obowiązkom. Niestety stało się inaczéj; opuściwszy Warszawę osiadł Dr. K. w okolicy Żytomierza, gdzie założył prywatną klinikę chirurgiczną i tam śród zajęcia praktyką dokonał żywota nagle z powodu tętniaka. Dziwnym zbiegiem okoliczności umarł on z choroby, o leczeniu któréj pisał pierwszą swą rozprawę inauguralną! Obszerny jest poczet jego prac, wyłącznie do dziedziny chirurgii odnoszących się, a wyliczonych w 2gim zeszycie Słownika lekarzów polskich Kośmińskiego.— Zmarły był starszym bratem szanownego naszego współpracownika kol. Augusta Kwaśnickiego.— Zacnemu pracownikowi na niwie lekarskiéj niechaj ziemia będzie lekką!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Neugebauera: Przypadek przemieszczenia trzew wrodzonego; Pawińskiego: Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem fizyjolog. anat. patol. i klinicznym (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 36: Mączewskiego: Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla